Tr. 1710 5

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 23

VALEUR ACTUELLE

DE

L'OPERATION DE BATTEY

DANS LES HÉMORRAGIES DES FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

Lazare VARTAZAROFF

Né à Bakou (Caucase), le 16 Février 1882



POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse	DE ROUVILLE, Profes. adj.,	*Président.*
	GILIS, Professeur	*Assesseurs*
	DELMAS P., Agrégé	
	MASSABUAU, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

VALEUR ACTUELLE

DE

L'OPÉRATION DE BATTEY

DANS LES HÉMORRAGIES DES FIBROMES UTÉRINS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 23

5.

VALEUR ACTUELLE

DE

L'OPÉRATION DE BATTEY

DANS LES HÉMORRAGIES DES FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

Lazare VARTAZAROFF

Né à Bakou (Caucase), le 16 Février 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, Profes. adj., *Président.*
- GILIS, Professeur — *Assesseurs.*
- DELMAS P., Agrégé — *Assesseurs.*
- MASSABUAU, Agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	Doyen
	SARDA	Assesseur
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des .

Examinateurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, prof. adj., *prés.*	MM P. DELMAS, *agrégé.*
GILIS, *prof.*	MASSABUAU, *agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES CHERS PARENTS

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MA FILLE

MEIS ET AMICIS

L. VARTAZAROFF.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Mon cher Maître,

Je vous dédie respectueusement cette thèse comme hommage de ma très vive reconnaissance pour l'inlassable bienveillance et les attentions toutes particulières que vous m'avez si affectueusement témoignées pendant tout le cours de mes études.

Si présomptueux que cela puisse paraître, tous mes efforts tendront à me rendre digne de mon cher maître.

L. VARTAZAROFF.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

En témoignage de profonde reconnaissance et pour le grand honneur qu'il nous fait en siégeant à notre thèse

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

DELMAS ET MASSABUAU

Dont nous n'oublierons jamais les précieuses leçons cliniques et les excellents conseils que nous avons reçus d'eux pendant le cours de nos études à la Faculté de Montpellier.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

L. VARTAZAROFF.

Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous écrivons ces quelques lignes.

Comment en serait-il autrement. Au moment où nous terminons le cours de nos études médicales dans cette ancienne et illustre Faculté de Montpellier, si hospitalière à tous ses élèves et particulièrement à ceux qui viennent de contrées très éloignées se nourrir des idées élevées et des sentiments généreux si particuliers aux Maîtres de toutes les Facultés françaises.

A cette heure, notre pensée reconnaissante va à tous ceux qui nous ont montré de l'intérêt et nous ont fait ce que nous sommes. Nous les remercions d'avoir su faire de nous un médecin et un praticien armé pour être utile à nos semblables. Si dans le cours de notre carrière quelque défaillance nous menace, nous n'aurons qu'à penser à leur noble et admirable exemple pour la surmonter.

C'est pour nous un agréable devoir de remercier nos maîtres :

Monsieur le professeur Gilis qui a ouvert à notre esprit les portes de l'enseignement médical

et qui par la clarté de ses démonstration nous a facilité l'accès aux autres branches de la médecine.

Monsieur le professeur agrégé Massabuau qui par la nettèté et la précision de ses leçons cliniques nous a facilité notre tâche souvent ardue.

Monsieur le professeur Delmas qui par l'attrait de ses conceptions nouvelles a su nous montrer combien nous avons encore à apprendre et à chercher.

Monsieur le professeur Forgue qui sait si bien mettre en valeur le haut enseignement scientifique et a su nous donner des indications précieuses pendant notre travail.

Monsieur le professeur agrégé Lagriffoul qui nous a toujours montré une bienveillance toute particulière.

A tous nos autres maîtres qui se sont toujours intéressés à nos travaux.

Mais nous craignons de ne pouvoir nous acquitter comme notre cœur le désirerait de la dette de reconnaissance que nous devons à notre cher maître M. le professeur de Rouville pour l'inestimable honneur qu'il nous a fait en nous agréant comme son élève privilégié auquel il a constamment manifesté une très affectueuse sympathie.

Si nos connaissances et notre travail si modeste qu'ils soient se sont spécialisés dans le domaine de la gynécologie, nous sommes fiers d'affirmer ici que c'est grâce à ses conseils de praticien expérimenté qui ont constamment tendu à nous inculquer le sens exact du diagnostic et la pratique si délicate de l'accomplissement de la technique opératoire.

C'est aussi grâce au contact fréquent que nous avons eu avec vous, mon cher maître que nous garderons toujours le souvenir de vos si captivantes et intéressantes leçons.

Permettez-nous donc de vous présenter l'hommage de notre profonde reconnaissance et de vous remercier du grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse qui nous a paru présenter un vif intérêt.

Pendant notre séjour à Montpellier, nous avons apprécié l'accueil si bienveillant qui nous a été fait par Madame et Monsieur Louis, nous les prions d'agréer l'expression de nos sincères remerciements.

Nous tenons plus spécialement à assurer de notre gratitude et de notre affection notre ami le Docteur Aimes, chef de clinique à la Faculté, en raison des marques nombreuses d'amitié qu'il nous a témoignées et des indications précieuses qu'il nous a données au cours de nos études.



VALEUR ACTUELLE

DE

L'OPÉRATION DE BATTEY

DANS LES FIBROMES UTERINS

Le traitement opératoire des fibromes n'est pas univoque ; si, dans la majorité des cas, le traitement est chirurgical et consiste en l'hystérectomie, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre d'autres interventions peuvent être indiquées soit par la forme anatomique, soit par la symptomatologie ou les complications de l'affection. Parmi ces interventions de second plan, l'une des plus intéressantes tant par ses indications que par ses résultats est l'opération de Battey.

Nous avons eu l'occasion dans le service de notre maître M. le professeur de Rouville d'observer plusieurs cas de fibromes utérins ayant nécessité l'utilisation de cette méthode de Battey. M. de Rouville a attiré notre attention sur ces faits, et c'est sous son inspiration que nous avons entrepris quelques recherches sur cette question.

Les quelques observations que nousrapportons dans notre travail, prouvent l'intérêt qui s'attache à l'opération de Battey. Nous pensons avec notre maître qu'il ne s'agit là, ni d'une intervention détrônée par l'hystérectomie, ni d'une opération destinée à la majorité des cas de fibromes utérins. Mais elle présente des indications assez précises pour qu'il soit utile d'insister sur son rôle heureux, dans un nombre de cas relativement assez élevé.

HISTORIQUE

En 1823, J. Blundell proposa à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres « d'enlever les ovaires dans les cas de dysménorrhée grave ou d'hémorragies mensuelles venant d'un utérus en inversion lorsque l'extirpation de cet organe est contre-indiquée ».

Mais sa proposition ne fut pas écoutée.

Ce ne fut que plus tard que les premiers cas de castration furent pratiqués, mais ils ne le furent point pour fibrome. En effet, en 1872, à peu près simultanément Battey et Hégar firent des castrations chez des femmes atteintes de dysménorrhée particulièrement douloureuse. Le premier cas publié fut celui de Battey paru en 1872 dans l'*Atlanta médical and surgical Journal*. Ce fut Trenholme qui en 1876 exécuta la première castration pour fibrome utérin. Lawson-Tait affirma en 1885 seulement, avoir déjà pratiqué cette opération en 1872.

Quelques mois après Trenholme, Hégar exécuta la même opération pour remplir la même indication que cet auteur. Il publia alors un nombre important de travaux et contribua beaucoup à la

diffusion de l'opération de Battey dont il était un chaud partisan.

Son élève Wiedow contribua également par ses publications à la vulgarisation de cette méthode.

Lawson-Tait qui, nous l'avons vu, revendiqua ultérieurement la priorité de l'opération, en fut encore un partisan convaincu ; il la fit connaître et contribua à sa diffusion en Angleterre.

En France, Duplay, Tissier, Segond, notre maître M. le professeur de Rouville par leurs travaux et leurs statistiques ont donné avec netteté les indications de la castration ovarienne dans les cas de fibrome utérin.

Mais, comme la plupart des méthodes thérapeutiques, celle-ci n'a pas été sans subir des vicissitudes.

Prônée par de remarquables auteurs, elle connut à ses débuts, une période de vogue. Les auteurs que nous venons de signaler, Hégar en particulier la préconisaient et leur exemple était suivi par un grand nombre de chirurgiens.

Placée entre des méthodes médicales souvent inefficaces et l'hystérectomie alors pleine de dangers, l'opération de Battey était acceptée avec des indications étendues puisque Thorton disait en avoir retiré de bons effets dans un cas de tumeur fibro-kystique (Pozzi).

Malheureusement pour elle, les interventions intra-abdominales même de longue durée et étendues, devenaient de plus en plus simples grâce à une précision de technique et à une bénignité de plus en plus accentuées.

Aussi fut-elle détrônée et abandonnée pour l'hystérectomie qui devenue une opération presque aussi bénigne, avait l'immense avantage d'être une intervention définitive.

Les chirurgiens allèrent même jusqu'à proscrire absolument la castration dans les cas de fibromes utérins. Landau, A. Martin, Baldy, Wertheim furent de ceux-là. Pozzi déclare y avoir complètement renoncé.

Mais l'opération de Battey conserva quelques partisans surtout en Allemagne où elle est défendue par Schülein, Sippel, etc.

Notre maître M. de Rouville a eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer cette intervention dans des cas bien typiques tant par les indications opératoires que par les résultats, c'est ce qui nous a incité à rechercher la valeur actuelle de cette opération pour déterminer la place qu'elle doit occuper en gynécologie.

Cette recherche est d'autant plus intéressante actuellement que l'opération de Battey paraît acceptée par un certain nombre de chirurgiens.

Le professeur Forgue rappelait dans un article récent qu'il a pratiqué cette opération dans un nombre de cas relativement élevé. Roux et Rossier vantaient à la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse Romande les bienfaits de la castration dans les cas de fibrome. Rossier affirmait même que dans 100 pour 100 des cas les hémorragies étaient jugulées.

INDICATIONS

L'idée d'enlever les ovaires pour amener la disparition des phénomènes dus aux fibro-myômes utérins, est basée sur un fait d'observation. Dans un grand nombre de cas, la ménopause normale arrête l'évolution des fibro-myômes utérins en produisant un arrêt des hémorragies et une diminution de volume de la tumeur.

Il venait tout naturellement à l'esprit, que par une ménopause artificielle et anticipée on pourrait obtenir dans les cas d'hémorragies utérines ou de fibromes utérins, un résultat identique.

Nous allons passer en une revue rapide les indications de l'opération de Battey.

Le symptôme le plus fréquemment rencontré dans les cas de fibrome utérin, est assurément l'hémorragie.

C'est ce symptôme qui le plus souvent met sur la voie du diagnostic, la malade ayant son attention attirée par une augmentation de la quantité de l'écoulement menstruel, puis par l'apparition de métrorragies plus ou moins abondantes.

Ces hémorragies sont très variables, leur abon-

dance n'est en rapport ni avec l'âge, ni avec le volume de la tumeur, ni avec sa situation.

Leur explication a donné lieu à diverses interprétations, sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Les hémorragies seraient plus fréquentes, d'après les classiques, dans les fibromes sous-muqueux. Il n'en est rien d'après le récent travail de Oscar Frankl. Le même auteur explique ainsi le mécanisme de ces hémorragies :

a) Dans les fibromes sous-muqueux, les hémorragies se font par rupture des vaisseaux hyperplasiés et hypertendus de la muqueuse sous l'influence de l'hypérémie prémenstruelle, de la compression des fibromes ou de la coudure du pédicule dans les polypes fibreux.

b) Dans les fibromes interstitiels, comme il n'y a ni hyperplasie, ni altérations vasculaires, Frankl propose l'explication suivante : Avec Halban, il a démontré l'existence d'un *ferment tryptique* sécrété par les glandes de la muqueuse du corps ; avec Heschner il a même pu en doser le pouvoir protéolytique. Sous l'influence de l'hypérémie de la muqueuse, due soit à la compression du fibrome, soit à une action à point de départ ovarien, etc., il se ferait une abondante sécrétion de ce ferment qui dissout les couches superficielles du stroma utérin et les cellules endothéliales des capillaires et dissout le sang coagulé, rendant même le sang incoagulable.

Quelle que soit leur cause exacte ces hémorragies, signes de fibrome, simples symptômes dans la plupart des cas, peuvent s'exagérer et, par leur

répétition ou leur abondance devenir une redoutable complication.

Ce sont tantôt des hémorragies légères mais répétées qui anémient la malade, en général trop confiante, et qui toujours espère que « ça passera ! »

Ce sont aussi des hémorragies abondantes qui saignent *à blanc* les femmes produisant une anémie parfois extrêmement prononcée.

On a même dans le cas de Duncan, observé une mort par hémorragie abondante, il s'agit là d'un fait unique d'ailleurs.

Sans arriver à la mort, les hémorragies des fibromes arrivent à anémier le malade à un point, qu'une hystérectomie ne peut être pratiquée sans faire courir les plus grands risques. Que faire dans ces cas graves : doit-on tenter tout de même l'hystérectomie ? doit-on, au contraire, laisser succomber la malade en essayant par des moyens médicaux d'arrêter les hémorragies contre lesquelles on est désarmé ?

La rapidité et la bénignité de l'opération de Battey nous permettent de l'utiliser chez ces femmes anémiées pour lesquelles une longue intervention serait fatale.

C'est ce qui ressort de la lecture de l'observation III du mémoire Segond : l'état d'anémie de la malade était si accusé, dit-il, et son affaiblissement tel, qu'il fallait à tout prix, rendre l'acte opératoire aussi bref et aussi peu offensif que possible.

En voici un exemple récent :

Observation Première

(Personnelle)

Mme M..., 40 ans.

Le début de l'affection remonte à 3 ans, il s'est fait par l'augmentation de l'écoulement menstruel puis par l'apparition de métrorragies, la quantité de sang perdue par la malade augmentant dans des proportions toujours plus considérables. En septembre dernier violente hémorragie.

Dans les antécédents de la malade on trouve trois accouchements à terme.

Une fausse couche.

Quelques pertes blanches, non douloureuses.

Les règles sont abondantes et très douloureuses.

Etat actuel. — La malade est dans un état d'anémie, de maigreur extrêmement avancées.

Elle présente à l'examen un volumineux fibrome globuleux qui paraît du volume des deux poings au minimum et est peu mobile.

Le 18 juillet 1913. — Sous-anesthésie générale à l'éther goutte à goutte, laparotomie. L'utérus est globuleux gros comme une tête de fœtus à terme, enclavé dans le bassin.

De chaque côté annexes volumineuses, prolabées en arrière du fibrome.

Très rapidement on pratique l'opération de Battey.

Fermeture de la paroi à trois plans. L'intervention a duré en tout une dizaine de minutes.

A l'examen des pièces opératoires l'ovaire gauche présente un kyste séreux du volume d'une noix.

L'ovaire droit est scléro-kystique. Suites opératoires normales. Léger suintement sanguin ayant duré trois jours seulement. Pas la moindre hémorragie depuis ce moment.

Nous n'avons à étudier, dans notre travail que l'indication de la castration dans les hémorragies, mais un certain nombre de circonstances accessoires, même si les hémorragies ne sont pas d'une abondance excessive, peuvent nous pousser à pratiquer l'opération de Battey.

C'est par exemple l'âge des malades. Il est certain que chez une femme de 46 ans, présentant des signes d'un fibrome de moyen volume mais paraissant enclavé dans le bassin et dont l'extraction paraît devoir être laborieuse, même si les hémorragies ne sont pas excessives, s'il existe de la gêne et que la malade nous demande de la débarrasser, nous serons autorisé à tenter l'opération de Battey. L'âge légitime cette intervention car la ménopause approche et nous pouvons espérer voir les symptômes s'amender.

Au contraire, chez une femme jeune, l'intervention de choix dans un cas semblable serait l'hystérectomie.

Une autre indication de la castration, étudiée

dans la thèse de Magnin, est la suivante : « L'opération est indiquée surtout dans les cas de douleurs ovariennes avec exacerbations menstruelles, qui provoquent par leur présence, l'apparition de troubles nerveux d'une intensité variable. »

Segond insiste sur ce point qu'il trouve très légitime. Dans la discussion qui eut lieu à la suite de son rapport à la Société de Chirurgie (1888), Terrier et Bouilly ont déclaré également avoir pratiqué l'opération de Battey dans des cas de fibromes douloureux et Pozzi a rappelé que « l'opération de Battey est une opération qui a été entreprise pour supprimer les douleurs, voire même pour guérir la folie *(castration antinévropathique)* Ce sont MM. Trenholm et Hégar qui ont recommandé la castration pour arrêter les hémorragies internes *(castration hémostatique).* »

« D'abord pratiquée presque exclusivement dans des cas de névralgie de l'ovaire avec accidents nerveux plus ou moins graves, l'opération reçut bientôt de nouvelles applications et le champ de ses indications s'accrût rapidement ; c'est ainsi qu'on enleva les ovaires pour combattre les accidents causés par les oblitérations vaginales, congénitales ou acquises ; pour arrêter les hémorragies utérines incoercibles, qu'elle qu'en soit la cause, pour amener la rétrocession des fibro myômes utérins. Enfin dans cette période d'engouement que je signalais tout à l'heure, on ne craignit pas de pratiquer la castration des femmes dans des cas d'aliénation mentale d'hys-

téro-épilepsie et même de l'employer comme moyen curatif de la masturbation (Duplay) ».

Ce sont ces abus qui ont éloigné un grand nombre de chirurgiens de cette intervention. Duplay et Segond ont tenté de ramener les indications de la castration dans des limites plus précises.

La discussion qui suivit le rapport de Segond prouve que la plupart des chirurgiens admettent fort bien l'opération de Battey comme moyen à utiliser contre les fibromes hémorragiques et douloureux.

Enfin, l'adhérence d'un fibrome telle que l'hystérectomie, ne peut être pratiquée que difficilement et faisant courir à la malade les dangers d'une intervention à la fois longue et périlleuse, autorise le chirurgien à essayer l'opération de Battey, surtout si l'état général de la malade oblige à une certaine circonspection.

Il est des fibromes pour lesquels l'hytérectomie est inutile, tout aussi bien que l'opération de Battey. Le chirurgien possède contre les fibromyômes utérins toute une série d'interventions adaptées chacune à un certain nombre d'indications ; nous ne pouvons entrer dans le détail de chacune de ces opérations, nous ne pouvons même pas les signaler toutes. Un exemple nous montrera leur utilité : Dans le cas d'un myôme bien localisé, c'est à la *myomectomie* que nous avons recours. (Voir le rapport de Tuffier et de Bonville au Congrès de Lisbonne. »

De nouvelles notions sont venues donner une

intéressante actualité à la question de la castration dans les cas de fibromes utérins.

Dans ces dernières années de nombreux auteurs se sont attachés à l'étude des lésions ovariennes accompagnant les fibromes utérins.

Il résulte de leurs travaux, que ces lésions sont fréquentes et certains n'hésitent pas à considérer les fibromes utérins comme la conséquence de ces lésions annexielles.

C'est l'hypothèse de Hégar reprise de nos jours en particulier par Malcolm Campbell et Seitz.

Pour Malcolm Campbell, il y aurait : arrêt de l'ovulation, phénomènes de dégénérescence des corps jaunes. Les troubles de sécrétion interne de l'ovaire produits par ces lésions, expliqueraient les phénomènes de pseudo-grossesse et l'hypertrophie des fibromes utérins. Des produits anormaux seraient ainsi déversés dans la circulation générale, traduisant leur présence par des troubles locaux et des phénomènes généraux.

Pour Seitz, l'ovaire sain préside à l'accroissement de l'utérus ; l'ovaire lésé produit le myôme. Il y a encore d'après cet auteur des troubles de la sécrétion interne de l'ovaire, expliqués par des lésions anatomiques : augmentation de volume de l'ovaire, diminution des follicules.

Seitz indique la formation d'un *myomhormon* ou hormone formateur du fibrome. Les arguments invoqués en faveur de cette théorie ovarienne sont les suivants :

1° Les fibromes ne se développent que pendant

la période d'activité de l'ovaire entre la puberté et la ménopause ;

2° Ils régressent au moment de la ménopause ;

3° Ils régressent également sous l'action des rayons X qui en lésant les ovaires, les suppriment fonctionnellement ;

4° *Les opérations partielles* (ligatures des artères, énucléations) n'arrêtent pas le développement des fibromes si l'on n'intervient pas sur l'ovaire.

Dans un article récent MM. Forgue et Massabuau ont envisagé cette intéressante question, voici un passage extrait de leur travail :

« ... A côté des cas où les ovaires sont gros et bosselés par des kystes et où la dégénérescence polykystique est apparente, il en est d'autres où les ovaires sont normaux en apparence, ou peu modifiés : ces ovaires peuvent présenter néanmoins les lésions fondamentales de la dégénérescence microkystique ; le microscope seul permet de les déceler.

Ces lésions fondamentales ne sont interprétées de façon exacte que depuis les travaux récents de Wallart, de Seitz, de Cohn et de nous-même. Elles consistent essentiellement dans une augmentation considérable du nombre des atrésies folliculaires, restreint à l'état normal. Or, chaque follicule atrésique, kystique ou non, est constitué par une néoformation de cellules lutéiniques dues à la transformation des cellules conjonctives de la thèque interne (Thecaluteinzellen) : ce sont les cellules interstitielles, substratum anatomique de

la sécrétion interne de l'ovaire. L'ovaire micropolykystique se caractérise donc par une hyperproduction de cellules interstitielles, par une hypertrophie de la glande à sécrétion interne.

Comme Seitz et Cohn nous avons retrouvé cette hypertrophie dans les ovaires qui accompagnaient des fibromes utérins, des placentomes, des utérus hémorragiques *sine materia*, et qui ne présentaient pas l'aspect extérieur de la dégénérescence polykystique.

N'est-il pas permis de supposer qu'il existe un rapport entre cette modification anatomique des ovaires et les hémorragies utérines ? La glande vasculaire sanguine hypertrophiée fournit une quantité anormale d'hormone, modifiée peut-être dans sa qualité : elle détermine et entretient l'hémorragie. »

On conçoit l'importance pratique de ces questions encore à l'ordre du jour, L'intrication des phénomènes dus aux diverses sécrétions internes déversées dans le torrent circulatoire par de nombreuses glandes dont l'étude est particulièrement difficile, rendent délicates les diverses interprétations pathogéniques.

Il paraît actuellement démontré par les travaux que nous venons de passer rapidement en revue. qu'un nombre important de fibromes s'accompagnent de lésions ovariennes ; il est permis de croire que certaines hémorragies abondantes sont sous la dépendance de ces lésions ovariennes.

Si la démonstration parfaite était donnée de ces faits, déjà constatés dans un certain nombre de

cas, pour un plus grand nombre d'observations, on comprend tout l'intérêt qui s'attacherait à l'opération de Battey dont les indications deviendraient à la fois plus étendues et plus précises.

Une nouvelle preuve vient d'être donnée de l'action de l'ovaire sur la menstruation et les hémorragies ; ce sont les greffes ovariennes (Moritz, Mauclair, Martin, Quénu et Tuffier, de Rouville).

Cette greffe ovarienne a pu s'accompagner de réappartion des règles plusieurs mois après l'opération (trois fois sur quatre malades de Martin) et même de véritables métrorragies comme chez les malades de Pankoff.

Dans sa thèse de Montpellier (1910), Fabre écrit à ce sujet : « Que faut-il conclure de ces faits ? »

1° Qu'à l'heure actuelle, étant données les lésions des ovaires au cours de l'évolution des fibromes utérins, déterminant un hyperfonctionnement de la fonction ovarienne, nous comprenons comment l'ablation de ces ovaires peut déterminer, d'une part, l'atrophie de l'utérus, d'autre part, la cessation ou l'amélioration des hémorragies.

2° Au point de vue thérapeutique, cela nous permet-il de conseiller et de préconiser l'opération de Battey comme le traitement idéal des fibromyômes utérins ?

Assurément, non ; et il y a lieu de distinguer...

a) . . . . . .

b) Mais il y a des fibromes utérins, chez des femmes encore jeunes, qui ne sont pas très volumineux, dont le volume n'augmente pas sensible-

ment, qui n'exercent pas de grosses compressions, mais qui déterminent des hémorragies entraînant un état d'anémie plus ou moins complet.

Il y a lieu de se demander si dans ces cas, la castration ovarienne bilatérale ne serait pas une opération suffisante pour améliorer considérablement la malade ou même pour la guérir du seul symptôme qui indique l'intervention : l'hémorragie. Il est certain que chez ces malades, la guérison serait obtenue par une intervention minime...

Enfin, nous n'hésitons pas à penser que dans des cas de fibromes utérins déterminant des troubles inopérables, soit du fait de la tumeur elle-même et de ses adhérences, soit parce que l'on craint que l'opération ne soit fatale chez une femme dont l'anémie est trop prononcée, dont le cœur est lésé, dont le rein et le foie fonctionnent mal et dont, en somme, la résistance est trop diminuée pour supporter une opération telle que l'hystérectomie, nous n'hésitons pas à penser que dans ces cas, la castration ovarienne bilatérale peut être une opération efficace, qui doit même être considérée mieux que comme une simple opération palliative. »

CONTRE-INDICATIONS

L'opération de Battey est mieux limitée du côté des indications que du côté des contre-indications. On sait mieux, en effet, quand il faut la pratiquer, que quand il est préférable de ne pas l'utiliser.

Dans quelques cas, c'est seulement au cours de la laparotomie, que l'on pourra se décider.

On ne pratiquera jamais la castration dans le cas de fibrome pédiculé du vagin. Il est évident, dans ce cas, que quelle que soit l'intensité des hémorragies et l'état de la malade, on pratiquera toujours une intervention par la voie vaginale.

Il en sera de même, à peine est-il besoin d'y insister, si l'on se trouve en présence de fibromes sous-muqueux dont une dilatation du col pourra permettre l'ablation par le vagin.

En règle générale, ces exemples nous montrent qu'on ne doit pas pratiquer l'opération de Battey lorsqu'une opération plus bénigne permet d'obtenir des résultats soit identiques, soit meilleurs.

Duplay indique que la castration est insuffisante et parfois même inpraticable dans les gros fibromes atteignant ou dépassant plus ou moins l'ombilic. Mais un gros fibro-myôme ne paraît pas cons-

tituer une contre-indication absolue, et dans quelques cas, après des hémorragies profuses, par exemple, l'opération de Battey peut être lá seule intervention à pratiquer.

Les cysto-fibromes compliqués de la présence de kystes, dans lesquels d'ailleurs la recherche des ovaires est parfois très difficile, ne sauraient être guéris par la castration. On a publié quelques observations favorables, mais ces faits ne peuvent convenir à la majorité des cas. La meilleure intervention ici, c'est l'hystérectomie.

L'hystérectomie, d'ailleurs, conviendra également à tous les cas de fibrome compliqué d'une dégénérescence quelconque ou associé à une autre affection grave, comme un cancer du col, pour citer un exemple. L'indication est ici très nette, absolue et ne saurait souffrir de discussion.

Mais si, dans les conditions énumérées au chapitre des indications, nous trouvons un fibrome de petit ou de moyen volume, si des adhérences existent, si la vie de la malade est en danger par le fait d'une intervention trop prolongée, c'est à la castration que nous aurons recours, à moins que, comme l'indique Terrier, l'extirpation des ovaires ne soit impossible. Dans ce cas, Terrier utilisa les ligatures atrophiantes placées autour des ovaires.

Ces ligatures atrophiantes n'ont pas donné d'ailleurs les résultats qu'on pouvait espérer.

M. de Rouville les a beaucoup utilisées, en dehors des fibromes, par exemple dans les cas de

cancer inopérable, et n'a obtenu que peu ou le plus souvent pas de succès.

Elles sont abandonnées par la grande majorité des chirurgiens.

Dans les fibromes télangiectasiques, il est préférable, selon Pozzi, de renoncer à la castration. Elle expose dans ce cas à des thromboses qui lui donnent une gravité particulière.

La castration, suivant Segond, s'adresserait surtout non pas aux dangers causés par le volume des fibromes, mais bien à leurs troubles fonctionnels ou douloureux. Mais, dit-il, pour être opération de choix, la castration doit être avant tout d'une exécution relativement simple. Si l'ablation des ovaires doit être trop laborieuse « difficulté pour difficulté, le chirurgien donnera la préférence à l'ablation directe des fibromes. »

Tillaux résumait ainsi sa pratique à la Société de chirurgie : « Lorsque je me trouve en présence d'un fibrome de l'utérus et que l'opération s'impose, je pars pour l'hystérectomie ; que si, en route, je m'aperçois qu'elle est impossible, je me rabats sur l'oophorectomie ; j'enlève les deux ovaires, si je le peux, ou du moins l'un des deux ; ou bien, enfin, je me contente des ligatures multiples atrophiantes dont a parlé M. Terrier ».

A l'heure actuelle, la facilité avec laquelle sont pratiquées les hystérectomies jugées autrefois impossibles diminue la portée de la phrase de Tillaux ; il n'en reste pas moins qu'il est encore aujourd'hui des cas dans lesquels on est bien heureux de pouvoir avoir recours à la castration.

TECHNIQUE

L'opération de Battey doit être considérée comme une laparotomie à incision minime, effectuée rapidement.

Les préparatifs de la malade, ainsi que la conduite à tenir après l'opération, seront donc ceux de toute laparotomie ; nous n'avons pas à insister sur ces points, ni sur les soins d'asepsie qui sont connus de tous.

Pozzi indique que le moment de choix pour pratiquer l'intervention est la semaine qui suit les règles.

Bien que l'anesthésie locale ou la rachianesthésie puissent être employées, on donnera la préférence à l'anesthésie à l'éther goutte à goutte, à cause de sa facilité et de sa bénignité. M. de Rouville fait précéder l'anesthésie d'une injection de Pantopon ; il retire de cette pratique les meilleurs résultats.

L'opération pourra, dans la majorité des cas, être conduite avec rapidité. Il ne faut pas oublier que la castration dans les cas d'hémorragie par fibrome est le plus souvent une intervention de nécessité, une opération d'urgence ; on se trouve

en présence d'une femme anémiée, à laquelle il faut ménager l'anesthésique et le choc opératoire.

L'incision médiane est la meilleure, car elle permet l'exploration aisée de la zone génitale

Dans les cas simples, une incision minime suffit à attirer les ovaires et à les enlever ; un coup de ciseau nous permettra d'ailleurs, au cours de l'opération, d'agrandir l'incision, si cela est nécessaire.

La hauteur de l'incision varie avec le volume du fibrome qui élève les annexes plus ou moins au-dessus du pubis, la palpation nous renseigne sur ce point.

La paroi incisée, de grandes compresses protègent l'épiploon et l'intestin. La malade est placée en position de Trendelenbourg, l'opération est ainsi grandement facilitée, tant par l'éclairement du bassin que par le refoulement vers le diaphragme du paquet intestinal. La position de Trendelenbourg pourra même être installée dès le début de l'opération ; on évitera ainsi une interruption inutile.

Nous venons de signaler sans la décrire l'incision classique de toute laparotomie médiane ; mais on pourra, s'il s'agit d'un petit fibrome, étant donné que la castration est en général facile, utiliser l'incision transversale de Pfannenstiel. C'est une incision à concavité supérieure, située un peu au-dessus du pubis et cachée dans les poils du mont-de-Vénus. La cicatrice sera ainsi ultérieurement cachée, lorsque les poils repousseront.

Quel que soit le mode d'incision choisi, on

introduit une pince à utérus et l'on saisit le fond de cet organe.

L'utérus constitue un excellent point de repère qu'il est bon d'utiliser. Lorsqu'il est fixé, en effet, il est aisé de trouver de chaque côté les annexes, que l'on extériorise.

Un fil solide est passé dans l'aileron de la trompe et de l'ovaire et lié fortement. La trompe doit être souvent sectionnée, car elle est fréquemment lésée, atteinte d'inflammation chronique ; on est également plus sûr de ne pas laisser de tissu ovarien.

L'opération extrêmement simple dans les cas non compliqués peut devenir difficile par le fait d'adhérences. Celles-ci ne doivent être rompues qu'avec précaution car les fibromes sont fréquemment compliqués par une circulation veineuse importante. On détachera les adhérences sous le contrôle de la vue, en liant celles qui donneront un écoulement sanguin.

Lorsque la trompe est enlevée, la partie supérieure du ligament large se trouve ouverte. Pour le refermer, on n'a qu'à passer un surjet avec une aiguille courbe en affrontant aussi justement que possible.

Il ne reste plus qu'à vérifier les ligatures, répéter les mêmes opérations du côté opposé, cautériser si l'on veut, les moignons au thermocautère et refermer la paroi à trois plans, deux au catgut, un aux crins ou aux agrafes.

Les suites opératoires sont simples, les fils sont enlevés au dixième jour.

Rien de particulier n'est à noter dans ces suites

opératoires sauf dans un nombre de cas assez élevé, la réapparition d'un léger écoulement sanguin dans les jours qui suivent l'intervention.

Ce suintement peut être expliqué par plusieurs théories :

1° Pour les uns. les modifications produites au niveau de l'utérus par les hémorragies antérieures, l'ont en quelque sorte « habitué » à saigner ; « il est logique que l'utérus, profondément modifié dans sa structure par une longue période antérieure d'hémorragies, habitué à saigner et adapté pour ainsi dire à cette fonction, continue à saigner pour son propre compte après l'ablation des ovaires (Forgue et Massabuau) » ;

2° On peut invoquer aussi l'action de la sécrétion interne de l'ovaire qui produisait les hémorragies. L'action de l'hormone ovarien peut se continuer encore après l'ablation des ovaires, car la castration ne saurait supprimer les éléments déjà engagés dans la circulation ;

3° Enfin, le traumatisme que subit l'utérus au cours de l'intervention, n'est pas sans produire une réaction au niveau de cet organe. Ce traumatisme opératoire, cette manipulation que l'on fait subir à l'utérus est encore un facteur à considérer.

Quelle qu'en soit la cause ce suintement n'est pas inquiétant, il se retrouve fréquemment. On le verra noté dans nos observations sans que cela ait eu une action nocive. Une fois cependant nous avons remarqué une véritable hémorragie plutôt qu'un écoulement sanguin On retrouvera cette observation plus loin (observation IV). Il s'agissait d'une femme de 40 ans, qui deux jours

après une opération de Battey fit une hémorragie qui s'arrêta d'ailleurs le lendemain.

On avait été obligé chez elle de manipuler l'utérus puisque, au cours de la castration, on énucléa un petit fibrome sous-péritonéal occupant la partie supérieure de l'utérus.

Cette hémorragie légère et de courte durée, n'empêcha pas d'ailleurs la malade de guérir parfaitement.

RÉSULTATS

Avant de donner les résultats et d'exposer les quelques considérations qu'ont pu nous suggérer les quelques cas que nous avons pu observer, nous rapporterons les statistiques publiées par quelques auteurs qui ont pratiqué la castration dans les cas de fibrome utérin.

C'est ainsi que dans sa thèse de Paris de 1885, Tissier rapporte 171 observations.

Sur ces 171 cas, la mortalité atteint 14,6 pour 100 avec 25 décès.

Le nombre relativement élevé des morts ne doit pas nous étonner, si l'on considère que tous les cas publiés par Tissier sont anciens et datent d'une époque où la laparotomie était une opération extrêmement grave. Les statistiques récentes opposent aux chiffres anciennement publiés des pourcentages presque nuls.

Tissier compte 12 morts par septicémie, une par hémorragie secondaire et septicémie, une par embolie de l'artère pulmonaire, une par pyélo-néphrite, une par débilité cardiaque et neuf par causes indéterminées.

Les *hémorragies* ont complètement cessé dans

89 cas sur 146. Dans 26 cas, cette cessation n'est survenue qu'après une période plus ou moins longue d'hémorragies irrégulières. Le retour des règles a été observé dans dix cas après une courte interruption ; mais sur ces dix cas, il faut remarquer qu'une fois on n'enleva qu'un ovaire, qu'une fois on ne plaça qu'une ligature. Enfin 3 femmes furent guéries sans qu'on ait spécifié s'il y avait des hémorragies.

Sur ces 146 cas, le fibrome ne fut pas modifié par la castration chez neuf femmes. Au contraire, dans 66 cas, la diminution de volume de la tumeur fut rapide. Dans 71 cas la malade a guéri, mais on n'a pas indiqué s'il y a eu régression de la tumeur.

La statistique d'Hégar ne compte que 11 pour cent de mortalité puisque sur 55 opérations il n'y eut que 5 morts.

Sur ces cinq morts, 4 sont imputables à une septicémie, une à une lésion rénale.

Seize malades présentèrent à des degrés variables des accidents, soit 20 pour 100. Ces accidents sont trois péritonites légères, sept abcès, 4 thromboses du membre inférieur, une pneumonie et une cystite.

La guérison fut obtenue sans accidents chez 33 malades, ce qui donne un pourcentage de 66 pour 100.

L'auteur a observé 28 cas bien nets, comprenant des malades opérées depuis un an et demi au moins et chez lesquelles la castration fut la seule

intervention utilisée. Sur ces 28 femmes, les *hemorragies* ont cessé immédiatement dans 20 cas. Dans quatre cas la cessation de l'écoulement sanguin fut également obtenu mais il fut précédé de quelques pertes irrégulières.

Dans un cas des métrorragies irrégulières ont persisté, dans un autre cas quelques métrorragies sont survenues mais irrégulièrement et après une période d'arrêt ; dans deux autres cas enfin, l'évolution fut semblable car on note l'existence d'une période d'arrêt, puis l'apparition d'hémorragies puis le développement kystique du fibrome mais dans un de ces cas la tumeur fut extirpée par Fehling.

Dans ces 28 observations suivies par Hégar, le fibrome diminua de volume et souvent d'une façon considérable dans 22 cas.

Dans un cas la diminution fut douteuse, elle fut nulle dans trois cas.

Une tumeur fibro-kystique apparut chez une femme et l'énucléation de la tumeur fut jugée nécessaire dans un autre.

Wiedow a publié une statistique comprenant 56 cas.

Dans 39 de ses observations les hémorragies ont cessé et la tumeur a régressé, dans cinq l'apparition de la ménopause est seule indiquée.

Dans 5 cas la tumeur a régressé, mais il y a eu persistance de pertes irrégulières peu abondantes.

Une fois les hémorragies cessèrent durant trois

mois, puis la tumeur fut énucléée, une autre fois l'opération fut suivie d'aménorrhée puis les règles réapparurent mais la tumeur régressa. Dans un cas après une longue période d'accalmie on note de temps en temps des pertes légères, durant à peine un jour.

Dans une observation, après l'opération les hémorragies disparurent et la tumeur diminua de volume pendant deux années, puis, au bout de ce temps, tous les symptômes réapparurent.

Enfin, dans un dernier cas, les hémorragies ne furent pas arrêtées, pas plus que le développement de la tumeur.

Lawson-Tait n'eut qu'une mortalité de 1,23 0/0 sur 262 opérations.

Fehling sur 8 interventions ne note pas de décès : 5 fois il obtint un succès définitif, deux fois des hémorragies irrégulières sont survenues au bout d'un ou deux ans.

Le volume de la tumeur a toujours diminué dans les cas observés.

Nous rapprocherons de cette statistique celle de Prochownick qui, sur 12 malades n'eut pas de mortalité et qui remarqua également la régression du fibrome dans tous les cas.

Les hémorragies ne revinrent qu'exceptionnellement.

Segond compte 4 succès chez 4 malades.

Chez l'une d'elles, les douleurs vives éprouvées

avant l'opération n'ont plus reparu après la castration. Les règles, de durée normale, ne sont plus douloureuses. La malade qui était amaigrie a repris son embonpoint et son activité. La tumeur a conservé son volume primitif.

Une malade a vu ses hémorragies et ses douleurs disparaître, mais elle a présenté des hématémèses.

Dans les deux autres observations les hémorragies ont cessé et la tumeur a régressé après l'opération : chez l'une d'elles, observée pendant deux ans, les hémorragies n'ont pas reparu et quatre mois après l'opération le fibrome qui remontait au-dessus de l'ombilic avant l'intervention est descendu au ras du pubis. Chez l'autre malade, une régression semblable s'était produite en trois mois. La malade atteinte, avant la castration, d'hémorragies profuses et très graves qui furent arrêtées définitivement.

Terrillon perdit une malade sur cinq. Chez les quatre autres les hémorragies cessèrent par l'opération de Battey.

Fehling et Kaltenbach notent 4 morts sur 68 cas.

L'arrêt des hémorragies s'est produit chez 50 malades soit dans 78 0/0 des cas. Elles ont persisté 14 fois.

Chez toutes les malades observées par ces auteurs le volume de la tumeur a diminué.

Bouilly a pratiqué 26 fois l'opération de Battey,

Sur ces 26 observations, il compte 3 décès. Dans un cas l'insuccès fut complet, dans trois cas il y eut amélioration. Bouilly obtint 18 succès.

Schwarzenbach a opéré 19 femmes avec 3 décès. Chez 5 malades qu'il a pu revoir, il a noté la régression de la tumeur.

Schulein ayant pratiqué la castration dans 9 cas a obtenu, en éliminant un décès, 3 succès complets et 3 améliorations notables.

Sippel n'a pas eu de décès sur 20 opérées, dans 15 cas le résultat a été favorable.

« Tout récemment, Roux vantait à nouveau à la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande les succès de l'ovariotomie dans les fibromes et Rossier affirmait qu'elle donnait 100 pour 100 de guérison des hémorragies. Ce chiffre est exagéré : la guérison n'est pas obtenue *toujours* après l'ovariotomie; mais ceci ne peut nous étonner ; il est logique que l'utérus, profondément modifié dans sa structure par une longue période antérieure d'hémorragies, habitué à saigner et adapté pour ainsi dire à cette fonction, continue à saigner pour son propre compte, après l'ablation des ovaires (Forgue et Massabuau). »

Segond résumant la discussion qui suivit l'exposé de son rapport à la Société de chirurgie, conclut : « La valeur curative de la castration ovarienne n'est plus à démontrer et les grands services qu'elle est appelée à rendre dans le traitement des fibromes ne sont plus contestables.

Dans certains cas rares, mais indéniables, on doit la considérer comme la méthode de choix et, bien que la détermination de ses indications, très imparfaite encore, reste l'objectif essentiel de nos recherches ultérieures, plusieurs côtés de la question n'en sont pas moins dès maintenant élucidés.

La castration ovarienne convient surtout aux fibromes de dimensions moyennes ou petites, qui réclament l'intervention à cause de troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent, et particulièrement des hémorragies qu'ils provoquent. »

Il est intéressant après avoir passé en revue les résultats obtenus par les divers auteurs, d'indiquer ce qu'a donné l'opération de Battey chez les malades que nous avons pu observer.

Pendant le séjour, trop court à notre gré, que nous avons fait dans le service de M. le professeur de Rouville nous avons suivi avec intérêt. 5 malades ayant des fibromes utérins s'accompagnant d'hémorragies graves et chez lesquelles l'opération de Battey s'imposait comme la seule intervention pouvant donner à la malade le maximum de garanties.

Malgré l'état d'anémie et de dénutrition extrêmement avancées dans lequel se trouvaient toutes ces femmes, la castration fut très bien supportée et nous ne notions pas de décès.

Nous pensons que plusieurs facteurs sont à considérer pour expliquer cette bénignité de l'opération de Battey. Ce sont :

1° L'anesthésie à l'éther goutte à goutte utilisée dans tous ces cas par M. le professeur De Rouville.

L'anesthésie à l'éther goutte à goutte, tout en donnant une narcose parfaite, permet de limiter la dose d'anesthésique dans des proportions considérables.

Les doses d'éther données dans toutes les opérations que nous publions furent extrêmement réduites.

Nous ne pouvons passer sous silence l'anesthésie par l'éther goutte à goutte qui a été appliquée à toutes ces malades. Vu leur état général très grave au moment de l'opération de Battey, l'anesthésie par l'éther paraissait toute indiquée. Pendant l'intervention, nous n'avons pas remarqué le moindre incident. Au contraire, chose curieuse, chez une de ces malades (voir observation N° 1), le pouls est devenu plus frappé, plus fort qu'il n'était avant l'opération. Sur 160 anesthésies personnelles, nous n'avons observé aucun accident. Quelques vomissements ou accès de toux, une augmentation de la sécrétion salivaire et une légère cyanose, d'ailleurs de peu de durée et sans conséquence, sont les seuls incidents constatés. Parmi ces 160 cas, nous en avons observé deux très sérieux, puisque les malades étaient agonisantes, et malgré la durée de l'opération relativement longue, 40 à 50 minutes, nous n'avons pas noté d'accident. Avec le chloroforme, vu l'état de ces malades chez qui le pouls était presque imperceptible, nous n'aurions certainement pas obtenu les mêmes résultats. Sans entrer dans les détails sur l'avantage de l'anesthésie par l'éther, nous pouvons affirmer que l'*ćthertropfnarcose* est l'anes-

thésie de choix et que la méthode du « *goutte à goutte* » est également celle qui doit être adoptée de préférence. Nous sommes arrivé à ces conclusions en nous basant sur notre expérience personnelle et des centaines d'anesthésies faites auparavant dans le service de notre maître, M. le professeur de Rouville.

Cette anesthésie est à conseiller tout particulièrement dans les cas d'opération de Battey, puisque cette intervention s'adresse surtout à des femmes en état de moindre résistance.

2° L'utilisation de la position de Trendelenbourg. Nous ne nous étendrons pas sur les avantages précieux de cette position adoptée par tous les chirurgiens, elle facilite beaucoup l'opération en vidant en quelque sorte le bassin et en permettant son facile éclairement.

3° La bénignité et la facilité de la castration.

L'opération de Battey peut, dans presque tous les cas, être pratiquée en quelques minutes, La seule difficulté qui puisse se présenter est constituée par la présence d'adhérences.

Quelques fois, si le fibrome est volumineux et globuleux, les annexes peuvent être cachées derrière la tumeur. En saisissant, comme nous l'avons indiqué le fond de l'utérus, on le retrouvera rapiment. Dans la majorité des cas cette manœuvre est inutile.

Les annexes étant saisies, il suffit de placer une solide ligature sur le pédicule en le faisant traverser par le fil, un coup de ciseau termine l'opération.

En quelques minutes, la castration est faite, le traumatisme opératoire est réduit au minimum

Les suites opératoires immédiates ont été dans tous les cas extrêmement simples. Nous avons indiqué déjà qu'un suintement sanguin se remarque dans la majorité des observations, dans les jours qui suivent l'opération ; nous avons insisté sur la bénignité de cet écoulement qui s'arrête spontanément.

Une fois seulement cet écoulement fut un peu plus abondant que de coutume, mais ne dura qu'une journée et ne présenta aucun inconvénient.

Le rétablissement de ces malades si profondément anémiées est rapide. En quelques semaines leur état général se remonte, les couleurs reviennent et elles sortent de l'hôpital véritablement transformées.

Non seulement leurs forces leur reviennent, mais encore leur santé devient plus florissante qu'avant les accidents, et on trouve notée dans quelques observations, l'apparition d'un embonpoint notable.

Sur les hémorragies l'influence de l'opération de Battey est nette. Sauf dans un cas, sur lequel nous reviendrons, car il mérite une étude spéciale, l'intervention fut toujours suivie de la cessation des hémorragies.

Dans les jours qui suivent l'intervention on note un suintement léger qui s'arrête spontanément, c'est le dernier retour offensif de l'affection. Chez toutes les malades opérées par M. le professeur

de Rouville l'opération de Battey fut efficace contre les hémorragies, nous avons seulement réservé un cas :

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, atteinte d'un fibrome utérin très hémorragique dont l'état général était très grave, et qui n'aurait pas pu supporter une longue intervention M. de Rouville décida de pratiquer l'opération de Battey qui fut terminée en quelques minutes.

La castration fut pratiquée en juillet 1911. De juillet 1911 à mars 1912, la malade n'eut que trois légères hémorragies, sauf en février, où elle perdit pendant quatre ou cinq jours.

Le 23 mars 1912, les pertes recommencent, la malade revient à l'hôpital. Mais à ce moment, comme depuis huit mois la malade ne perd plus, son état général est excellent, son anémie a disparu et l'hystérectomie peut être pratiquée. Malgré quelques adhérences l'opération est facile, le fibrome du poids de 820 grammes est enlevé. La malade guérit très bien.

Mais ce qui rend intéressante cette observation, c'est l'examen microscopique qui fut pratiqué par M. le professeur Bosc.

On trouvait à l'examen macroscopique au point où les annexes avaient été enlevées au cours de la première intervention, un kyste hématique du volume d'une petite noix.

L'examen microscopique porta sur ces zones et permit de démontrer l'existence du tissu ovarien.

Quelques follicules ovariens furent donc laissés dans la première opération, il est probable qu'une

hypertrophie compensatrice a dû les développer secondairement.

C'est dans ce fait que doit se trouver l'explication de l'unique échec de l'intervention de Battey. Ce tissu ovarien a, dans une certaine mesure, compensé lés glandes génitales enlevées, et nous permet ainsi de comprendre pourquoi les hémorragies se sont reproduites et pourquoi la tumeur a continué à augmenter de volume.

Cette observation comporte d'ailleurs un autre enseignement.

Même si le tissu ovarien retrouvé à l'examen microscopique ne donnait pas une explication suffisante du retour des hémorragies et ne nous permettait pas, à l'avenir, d'éviter ce retour.

Même si les hémorragies après l'opération de Battey réapparaissaient, dans un nombre de cas élevé, quelques mois après l'opération ; la castration dans les cas de fibromes hémorragiques ne devrait pas cependant être abandonnée.

Les observations que nous publions sont typiques à cet égard : il est des cas dans lesquels une femme anémiée, intoxiquée, ne peut supporter une hystérectomie, ce que nous devons chercher chez elle, c'est de la sauver. Que nous importe d'avoir le fibrome dans un bocal si la femme a succombé à l'opération ! Or une intervention grâce à sa bénignité et à sa rapidité d'exécution, nous permet, à la fois, de respecter cette indication majeure : *sauvegarder la vie de la malade*, et, dans la grande majorité des cas, de produire la régres-

sion du fibrome avec la cessation complète de ses symptômes.

Si la guérison n'est pas définitive, nous nous trouverons au bout de quelques mois en présence d'une femme dont l'état d'anémie aura disparu ; qui, grâce à l'accalmie produite, aura pu recouvrer ses forces et chez laquelle l'hystérectomie sera aisément pratiquée.

En résumé, en plaçant à part la malade que M. de Rouville vient d'opérer récemment, et chez laquelle le résultat éloigné de l'opération n'est pas connu, mais qui constitue un bon type d'indication de l'opération de Battey, nous voyons que :

Chez une malade extrêmement anémiée l'opération de Battey a arrêté les hémorragies extrêmement abondantes et a permis à la malade de recouvrer une santé très florissante, exempte de tout ennui.

Chez une deuxième malade, très anémiée également, l'opération de Battey a permis d'obtenir un résultat semblable, mais le retour des hémorragies a obligé M. de Rouville à pratiquer l'hystérectomie. Cette intervention qui eût été très périlleuse lors de la première venue de la malade à l'hôpital, fut extrêmement aisée, car l'état général de la malade lui permettait actuellement de supporter une intervention plus longue et plus choquante.

L'examen microscopique de la pièce a permis, d'autre part, de rattacher les hémorragies, non pas à un échec de la castration, mais à la persistance

de follicules ovariens donc à la persistance de la fonction physiologique des glandes génitales.

Chez une troisième malade, l'opération de Battey a permis d'arrêter les hémorragies d'un fibrome qui par l'anémie qu'il entraînait, rendait l'hystérectomie dangereuse.

Une petite hémorragie d'une journée fut le seul incident noté dans les suites de cette opération.

Chez une quatrième malade, l'évolution fut identique, seul l'écoulement sanguin par le vagin fut moins abondant mais demeura plusieurs jours.

Enfin, et les statistiques actuelles sont d'accord sur ce point, la mortalité est nulle.

Que faut il conclure de l'étude de ces faits?

Nous avons suivi avec un vif intérêt les malades dont nous rapportons les observations ; nous avons pu les connaître et les examiner avant toute intervention comme après la castration, nous avons étudié avec soin et avec impartialité les diverses statistiques publiées par les auteurs, ainsi que les considérations émises soit en faveur soit contre l'opération de Battey.

De cette étude attentive des faits et des opinions les plus diverses, nous gardons la certitude que l'opération de Battey est une précieuse intervention dans un nombre de cas relativement élevé,

Comme nous l'indiquions au début de ce travail, il ne s'agit pas d'une opération destinée à détrôner l'hystérectomie qui dans la grande majorité des cas demeure l'opération de choix ; il ne s'agit pas davantage d'une intervention à faire disparaître du

cadre des opérations gynécologiques car elle peut rendre de signalés services au chirurgien.

Las arguments qui militent en sa faveur sont les suivants :

I. Indications précises, le plus souvent ces indications se rapportent à des cas pour lesquels la thérapeutique à mettre en œuvre est limitée par la gravité de l'état de la malade.

Souvent l'opération de Battey s'impose comme une intervention d'urgence en quelque sorte.

II. La bénignité et la facilité avec laquelle la castration peut être pratiquée dans la majorité des cas.

III. Les résultats obtenus qui sont dans presque tous les cas la cessation des hémorragies et dans un nombre important d'observations la régression de la tumeur.

Si les hémoragies ne sont pas définitivement arrêtées, elles s'arrêtent cependant durant plusieurs mois ou plusieurs semaines.

Durant cette période de répit, la femme peut recouvrer ses forces, guérir son anémie et si les accidents se reproduisent, elle sera en état de supporter l'hystérectomie précédemment impossible ou très périlleuse.

CONCLUSIONS

I. A côté des interventions classiques: hystérectomie, myomectomie, l'opération de Battey mérite de conserver une place dans le traitement des fibro-myômes utérins.

II. Les indications de la castration sont assez précises, elle doit être surtout utilisée chez les femmes anémiées par de graves hémorragies chez des malades atteignant la ménopause, dans les cas d'adhérences ou d'enclavement d'un fibrome chez une femme à l'état général mauvais.

III. Dans ces cas, par sa bénignité et sa rapidité d'exécution, la castration permet de sauvegarder l'existence de la malade.

IV. Mais ce n'est pas là son seul rôle, car elle donne contre les hémorragies utérines des résultats très favorables et dans la grande majorité des cas elle supprime ces hémorragies. Cette suppression s'accompagne souvent d'une régression du fibrome.

V. Même si l'hémorragie n'est pas arrêtée définitivement, l'opération de Battey par la suppression des hémorragies pendant une période assez longue, permet à la malade de refaire son état général et de supporter une hystérectomie.

VI. La technique de l'opération de Battey est aisée, mais il faut avoir soin de ne pas laisser de tissu ovarien qui serait la cause du retour des hémorragies.

VII. En effet, de nouvelles recherches accordent à l'ovaire une importante action sur les hémorragies utérines.

VIII. Les résultats obtenus par les divers auteurs, les faits que nous avons pu étudier dans le service du professeur de Rouville, légitiment l'emploi de l'opération de Battey.

OBSERVATIONS

Observation II

(Personnelle)

Fibrome très hémorragique. Anémie extrême de la malade. Opération de Battey Guérison.

Madame D..., âgée de 35 ans, domiciliée à Agde (Hérault).

Entre à l'hôpital, service de M. de Rouville pour des hémorragies utérines très abondantes. Le début de la maladie s'est fait par une abondance anormale de l'écoulement menstruel, puis les hémorragies ont persisté pendant l'intervalle des règles, anémiant la malade au plus haut point.

La malade, à son arrivée, est, en effet, dans un état d'anémie extrême, ses téguments sont d'une pâleur remarquable, elle est d'une faiblesse extrême le moindre effort s'accompagnant de dyspnée, de palpitations, etc.

La numération globulaire montre une diminution extraordinaire de globules rouges.

A l'examen, on trouve un fibrome utérin de volume moyen.

Le 25 octobre 1911, sous-anesthésie par l'éther goutte à goutte, M. de Rouville pratique une opération de Battey. Cette intervention, étant donné l'état de la malade est très rapidement conduite, on enlève les annexes, on referme à trois plans. L'opération a duré de 7 à 10 minutes.

Les suites opératoires sont normales. La réunion se fait *per primam*.

On observe à la suite de l'intervention, quelques suintements sanguins par le vagin. La malade se remonte très rapidement, elle sort de l'hôpital avec un bon état général et sans hémorragies.

Chez elle, son rétablissement se continue, elle se trouve aussi bien qu'avant les accidents et, d'après elle, même mieux. Revue un an après, son état est toujours satisfaisant.

Deux ans après, les hémorragies ne se sont pas reproduites ; la malade n'a eu aucun accident.

Observation III

(personnelle)

Fibrome utérin très hémorragique. Opération de Battey.

Madame S. L., âgée de 37 ans, entre à la clinique du professeur de Rouville, salle Ambroise Paré n° 2, pour pertes rouges.

Antécédents personnels : réglée à 11 ans, régulièrement, règles abondantes, durant 8 à 10 jours douloureuses, sans caillots. Deux accouchements et un avortement. Il y a treize ans, elle a eu accouchement normal sans suites pathologiques d'un enfant actuellement vivant et bien portant. Il y a cinq ans, avortement de deux mois sans complications. Il y a deux ans accouchement normal à terme sans suites. Voilà un an environ, les règles jusque là très régulières deviennent irrégulières, réapparaissent tous les quinze jours, la malade dit « n'être plus réglée » l'abondance de

l'écoulement sanguin est toujours extrême ; les règles sont précédées de douleurs lombaires assez vives, mais n'obligeant pas la malade à garder le le lit. Pas de douleurs abdominales. Quelques pertes blanc-jaunâtres, tachant et empesant le linge, sans douleurs à la miction. Augmentation progressive de volume du ventre. Désordres de l'état général :

La malade est très anémiée, facies de cire pâle, muqueuses décolorées. Palpitations de cœur, dyspnée d'effort, souffle anémique très intense. Tachycardie.

Examen le 29 mai 1911.

Inspection. — Ventre régulièrement augmenté de volume, vergetures.

Palpation. — Tumeur arrondie, régulière de consistance dure, remontant jusqu'à l'ombilic, médiane et parfaitement mobile.

Percussion. — Matité hypogastrique, sonorité dans les flancs.

Toucher. — Col en arrière, déchiré, peu volumineux. Tumeur peu volumineuse, dure, très mobile, indépendante de l'utérus ; lorsqu'on déplace la tumeur, le col se déplace mais lorsqu'on déplace le col, la tumeur ne se déplace pas. Pas de douleur à la mobilisation. La tumeur bombe dans le cul-de-sac postérieur.

L'hystéromètre donne 9 cm.

Intervention le 1er juillet 1911 sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. Quantité d'éther employée, 40 gr.

Laparotomie médiane. Après incision du péritoine pariétal et mise en place de l'écarteur à 2 branches on arrive sur la tumeur : gros fibrome dur et très mobile. On va à la recherche des annexes gauches ; fil sous les annexes, ablation et thermo-cautérisation du pédicule. On va à la recherche des annexes droites, ligature, ablation et thermocautérisation. Fermeture de la paroi-suture à 3 plans, agrafes. L'opération a duré cinq minutes.

Examen Anatomo-pathologique. — Les trompes sont très congestionnées, avec varicocèle, gros ovaires scléro-kystiques.

Suites opératoires normales. Réunion *per primam*. La malade sort guérie.

. . . .

La malade rentre de nouveau à l'hôpital le 18 mars pour hémorragies. Pendant 5 ou 6 mois après l'opération, elle a eu 3 petites hémorragies très courtes. Puis, le 29 février, hémorragie abondante 5 à 6 jours, sang rouge normal. Le 23 mars les pertes recommencent. Opération le 28 mars 1912.

Laparotomie. L'utérus a contracté des adhérences serrées avec le péritoine pariétal au niveau de sa face antérieure et médiane dans ses 2/3 inférieurs. On détruit ces adhérences au bistouri avec grand soin, surtout à la partie inférieure à cause

de la vessie. Pour faciliter les manœuvres on met le tire-bouchon et on tire sur la tumeur ; on arrive ainsi à ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur qui est fermé par adhérence de ses parois. Dès lors, l'opération se termine très facilement par le procédé ordinaire. Le méso-appendiculaire est excessivement graisseux. Ligature du méso et section de l'appendice, cautérisation du moignon, pas d'enfouissement.

Examen de la pièce. — Fibrome pesant 820 grammes.

La tumeur depuis la dernière intervention a certainement augmenté d'au moins un tiers. Elle est rouge congestionnée et au niveau des ovaires qui ont été extirpés dans la première intervention on trouve un kyste hématique du volume d'une petite noix. Le fibrome du volume d'une grosse orange, occupe toute la face antérieure de l'utérus et bombe dans la cavité utérine. Il existe çà et là des fibromes sous-péritonéaux d'un volume variant de celui d'une noisette à celui d'une noix.

Suites opératoires excellentes. Pas d'incident.

Examen microscopique. — L'examen microscopique de la pièce pratiqué par M. le professeur Bosc a permis de retrouver au niveau des points où, dans la première opération, on avait enlevé les annexes, des traces de tissu ovarien.

C'est ce tissu ovarien, laissé dans la première intervention, qui expliquerait le retour des hémorragies ainsi que l'accroissement continu du volume de la tumeur.

Observation IV
(personnelle)

Marie C.., 40 ans, Saint-Bauzille-de la-Sylve (Hérault).

Diagnostic. — Fibromatose utérine. Entre à la clinique du professeur de Rouville le 14 juillet 1912 pour hémorragie.

Antécédents personnels. – Réglée à 13 ans. Règles abondantes durant 7 à 8 jours, douloureuses. 4 enfants dont 2 vivants, les deux autres sont morts en bas-âge. Une fausse couche de trois mois il y a deux ans, à la suite de laquelle une abondante hémorragie se produit qui met la malade dans un état très grave.

Maladie actuelle. - La malade qui avait eu ses règles normalement jusqu'au mois d'avril a eu à ce moment une hémorragie qui a débuté au moment des règles et s'est prolongée pendant 24 jours. Au mois de juin, les règles sont revenues deux fois dans le mois, durant six jours chaque fois.

A aucun moment la malade n'a souffert, mais ces hémorragies ont produit un notable degré d'anémie. A son entrée, la malade a le teint pâle et les lèvres décolorées. Elle se fatigue et s'essoufle assez vite.

A l'interrogatoire, tous les appareils sont normaux.

Examen — Col à sa place ; il est atteint de métrite cervicale puerpérale.

L'utérus, un peu dévié à droite, hypertrophié, est remonté à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse. Il est très dur, scléreux, mobile, en position intermédiaire. Les annexes sont normales. Ovarite scléro-kystique, bilatérale, non douloureuse. A l'hystéromètre, 7,5. Il s'agit donc d'un utérus scléreux hypertrophique, d'origine infectieuse déterminant de nombreuses hémorragies. Opération le 18 juillet 1912.

Castration bilatérale. Énucléation d'un petit fibrome sous-péritonéal occupant la région supérieure gauche de l'utérus et de volume d'une petite noix.

Le 20 juillet, hémorragie par le vagin. On fait une piqûre d'ergotine, une d'huile camphrée et 500 grammes de sérum artificiel. La malade a eu quelques éblouissements et tintements d'oreilles. Cependant l'hémorragie ne paraît pas présenter de gravité.

Le 21 juillet, l'hémorragie s'est arrêtée. La malade va bien.

Le 24 juillet, enlèvement des agrafes. Plaie réunie *per primam*.

Sortie le 10 août 1912. Suites très bonnes.

Observation V
(personnelle)

Marie R..., 43 ans.

Diagnostic : fibrome utérin. Entre à l'hôpital service du professeur de Rouville le 27 novembre

1912. Etat général très grave ; hémorragies persistantes ; la malade est très anémiée.

Le 6 décembre, laparotomie. L'utérus apparaît porteur d'un fibrome qui lui donne le volume d'un gros poing. Les annexes droites sont adhérentes au péritoine et profondément situées à leur place normale. On les décortique avec peine et on les pédiculise au niveau de l'utérus avec difficulté, étant donné que le ligament infudibulo-pelvien est très rétracté.

Hémostase difficile ; à droite, les annexes sont solidement fixées au fond et à droite du Douglas. Pédiculisation ; ablation.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen : à gauche, l'ovaire apparaît scléreux, portant un volumineux kyste hématique d'un corps jaune. Le ligament tubo-ovarien est épaissi, on trouve à sa surface un kyste séreux de pelvi-péritonite, de volume d'une petite olive. La trompe est épaissie, son pavillon est complètement oblitéré. A droite, la trompe est de petit volume, scléreuse. Ovaire kystique et de volume d'une mandarine.

Après l'opération la malade perd en rouge par le vagin. L'hémorragie s'arrête spontanément après une dizaine de jours.

Ablation des agrafes le 13 décembre. Plaie réunie. Suites excellentes.

BIBLIOGRAPHIE

ADACHI. – Recherches histologiques sur les ovaires dans les hémorragies dites métritiques. Monatschrift für geb. und gyn., 1912.

AIMES. — Etiologie et pathogénie des fibromyomes utérins. Le Progrès médical, 22 mars 1913.

ADLER. – Physiologie et pathologie de la fonction de l'ovaire. Arch· f. gyn., 1911, p. 348.

BARRAND. – Thèse de Bordeaux, 1903, n° 132.

BATTEY Atlanta med. and surg. Journ., sept. 1872.

— Amer. practit., 1875.

— Amer. journ. of med. sciences. Octobre 1912

BLANC. – Les lésions annexielles dans les fibromes. Thèse de Montpellier, 1910.

BOUILLY. — Traitement des fibromes par la castration tubo-ovarienne. Congrès franç. de chir., 1893, p. 36.

– Les métrorragies d'origine ovarienne. La gynécologie, 1899.

COHN. – Sur le corps jaune et le follicule atrésique chez l'homme et leurs dérivés kystiques. Archiv. fur gyné., t. XCIII, p. 367.

CONSTANTIN (Daniel). — Influence des affections annexielles sur l'utérus. Revue de gynéc. et de chir. abdom., 1903, n° 2, p. 203.

DELESPINE. — Pathogénie des hémorragies dans les lésions annexielles. Thèse de Lille, 1905.

DEVAUX. — Les lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins. Thèse de Paris, 1903.

DUPLAY. — De l'ablation des ovaires dans le traitement des fibromyômes utérins et des ménorragies incoercibles. Académie de médecine, 2 juin 1885.

— Archiv. génér de médecine, 1885, t. XVI, p. 1.

ERROUX. — Les propriétés physiologiques de l'ovaire. Thèse de Paris, 1911, n° 86.

FABRE. — Lésions des ovaires dans les fibromyômes utérins. Thèse de Montpellier, 1911, n° 16.

FEHLING. — Würt. med. corresp. Blatt, 1887, n° 3.

FELHING et KALTENBACH. — Arch. f. gyn., 1893, t. XLVIII, p. 230.

FERRY. — Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme. Thèse de Lyon, 1908.

FLINOT. — Thèse de Paris, 1911.

FORGUE et MASSABUAU. — L'ovaire à petits kystes. Revue de gynécol., 1910, pp. 97, 209 et 305.

— Les métrorragies de la ménopause Métrorragies d'origine ovarienne. La Presse médicale, 28 sept. 1912.

FRANK. — Contribution à l'étude des fibromes de l'utérus et plus particulièrement de l'état de la muqueuse et de ses rapports avec les hémorragies et les troubles de la gestation. Archiv. f. gynäk, 1911, Bd XCV, n° 1, pp. 269 à 343, avec 27 figures.

— Revue de gyn. et de chir. abd., 1er janvier 1912.

GROSS. — Sur les hémorragies utérines et la dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Revue médic. de l'Est, 1900.

GUILLAUME. — Les fibromes utérins à la ménopause. Thèse de Lyon, 1910.

HÉGAR. — Die castration der Frauen. Volk. Samml. Klin. Vort., 1878, p. 12.

— Ueber Castration. Centr. f gyn., 1879, p. 529.

— Operative gynäkologie, 1886. 2e édit., p. 311.

KAHLDEN. — Uber die kleincystiche degeneration der ovarien und ihre Beziehungen zu dem sogenannten Hydrops folliculi. Zieglers Beitrage, 1901, t. XXXI.

LAWSON-TAIT. — Brit. med Journ., 1880, t. II, p. 18.

— Transact. of the obs society of London, 1883, t. XXV, pp. 39 et 203.

— Brit. med. Journ., 1889, t. II, p. 299.

LOISEL. — Les phénomènes de sécrétion dans les glandes génitales. Journal de l'Anatomie, 1904 et 1905.

MALCOLM CAMBELL. — The scottisch med. and surg. Journ., mai 1905, n° 5, p. 391.

MÜLLER. — Deuts. Zeitsch. für Chirurgie, 1884, t. XX, p. 1.

PALM. — Traitement des fibromes utérins au moment de la ménopause. Presse médicale, 5 février 1910.

PANKOW. — La métrorragie hémorragique. Semaine méd., 2 mars 1910.

PICHEVIN. — Castration et fibromes utérins. Gazette des hôpit., 1890, p. 70.

PÔLZE. — Dégénérescence kystique des ovaires comme cause probable des hémorragies génitales rebelles. Wien. Klin. Wochenschr., 25 avril 1912.

POZZI. — Traité de gynécologie, 4e éd., t. I, p. 379

Roche. — L'ovaire des fibromateuses. Thèse Bordeaux, 1904.

De Rouville et Aimes. — Montpellier Médical, 29 décembre 1912.

Saintot. — Endométrite et lésions annexielles dans la fibromatose utérine. Thèse de Paris. 1907, n° 62.

Schauta. — Congrès de gynécol. d'Amsterdam, 1899.

Schickele et Keller. — La dégénérescence microkystique des ovaires ; ses rapports avec les hémorragies utérines. Arch. für gyn., 1911, t. XCV, p. 669.

— Sur la métrite chronique et la dégénérescence kystique des ovaires ; leurs rapports avec les hémorragies. Archiv. für gyn. t. XCV, 1912.

— L'hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine : ses rapports avec les hémorragies. Semaine médic., 1912, n° 35.

Schnyder. — Ein Beiträg zur Lehre von Husten. Corresp. Blatt. f. Schiv. derzte, 1882.

Schülein. — Berlin. Klin. Wochens, 1899, n° 38.

— Centr. für gyn. 1900, p. 541.

Schwarzenbach. — Beiträge zur geb. ù gyn, 1902, t. VI, p. 122.

Segond (P.).— Du traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne. Société de chirurgie, mai, 1888·

— Ann. de gyn, et d'obst., juin 1888, p. 416.

Seitz.— Les hormons ovariens considérés comme cause des myômes utérins. Münchener mediz. Woch, t. LVIII, 1911, n° 24.

— Die Luteinzellenwiedcherung in atretischen.

— Follikeln, eine physiologische Erscheinung während der Schwangerschaft.

— Centralblatt für gynäk., 1905.

SICARD. — Thèse de Paris, 1909.

SIPPEL. — Volk. Samml. Klin. Vorträge, 1899, n° 259.

— Centr. für gyn., 1900, p. 433.

TEISSIER. — L'établissement de la ménopause. Thèse de Paris, 1911.

THEILHABER. — Les causes des hémorragies prémenapausique. Archiv. f. gynécol., 1901.

— Les variations de la structure du mésomètre et leur influence dans la genèse des hémorragies et des pertes. Arch. f. gyn., 1902, t. LXVI, p. 41.

— Insuffisance, atonie et hémorragies utérines. Monatschr. f. geb. u. gyn. 1910, t. XXXI.

— Le rôle de l'ovaire et de la musculature utérine dans la pathogénie et l'évolution des hémorragies utérines. Arch. f. gyn., 1911, t. XCIV.

TERRILLON. — Annales de gyn. et d'obst., 1888, p. 340.

TISSIER. — De la castration de la femme en chirurgie. Thèse de Paris, 1885.

TRENHOLME. — Amer. Journ. of. obstet. 1876, p. 702.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !